

支給決議書			常務理事	事務長	担当者
受付年月日	令和 年 月 日	資格取得			
承認年月日	令和 年 月 日	資格喪失日			
支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】	任継加入	任継未加入	
款	項	目	支給額		
保険給付	出生時	育児金	円		
	家族出生時	育児金	円		

記入例

健保使用欄

該当しない方に二重線を引いてください。

健康保険 ~~被保険者~~ 家族 埋葬料（費）支給申請書

1 2
被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。		生年月日	年齢		
		〇〇〇〇	—	〇〇〇〇	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇 歳
	氏名	(フリガナ)	〇〇 〇〇〇	事業所/所属先	〇〇〇〇（株） 〇〇〇〇〇支店		
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	〇〇	府 県	〇〇区	〇〇丁目	〇〇番
電話番号	【自宅】	〇〇 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇	【携帯】	〇〇〇 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇	

森永健保の資格を喪失した場合でも、森永健康保険組合加入時の記号番号を記入してください。

*被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。

振込先指定	金融機関コード	〇 〇 〇 〇	銀行	金庫	信組	支店コード	〇 〇 〇
	金融機関名		農協	漁業	その他	本店	支店
受取代理人の欄	口座番号	普通	別段	通知	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	代理申請者と振込先口座名義人は同一人物であること。
	口座名義	(カタカナ)	△△△△	△△△△△			こちらを記入された場合は「受取代理人欄」を必ず記入してください。
受取代理人の欄	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	【TEL】	〇〇 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇	被保険者と代理人との関係	〇
	氏名		都 道 府 県	〇〇〇区	〇〇丁目	〇〇番	〇〇号

被保険者本人が死亡し、代理人が請求する場合に記入

委任状欄	被保険者（申請者）	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。	記入日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	〇〇 〇〇〇		必ず記入してください。
事業主名	〇〇〇〇（株）代表取締役〇〇〇〇			*退職された方は、記入不要です。

「被保険者（申請者）・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

	受付日付印
<p><当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。></p> <p><マイナンバーを記入した場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆本人確認書類の添付が必要です。 ◆追跡可能な書留や特定記録等でお送りいただくことになります。 	

該当しない方に
二重線を引いてください。

健康保険 ~~被保険者~~ 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・事業主記入用

<添付書類>

- 埋葬(料)の場合は、「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写し。
 - 埋葬(費)の場合は、埋葬料(5万円)の範囲内で、埋葬に要した費用の領収書の原本。
- *埋葬(費)は、家族や身近な人がいない場合で、実際に埋葬を行った方。

被保険者氏名 ○○ ○○○

申請内容

死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
死亡した方の 令和 00 年 00 月 00 日	被保険者・家族共に記入する ○○○○○	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>

「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名	○ ○ ○ ○ ○	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	被保険者との続柄	○○
--------	-----------	------	--	----------	----

亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求です。

①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき
②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき
③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

はい いいえ

「はい」の場合、資格喪失後に被扶養者として加入していた健康保険組合の 保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名 _____
記号・番号 _____

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名	○ ○ ○ ○ ○	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	被保険者との続柄	○○
---------	-----------	------	--	----------	----

亡くなられた方は、退職等により健康保険組合の被保険者資格喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求です。

①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき
②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき
③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき

はい いいえ

「はい」の場合、資格喪失後に被扶養者として加入していた健康保険組合の 保険者名と記号・番号をご記入ください。

保険者名 _____
記号・番号 _____

●介護保険法のサービスを受けていたとき

該当する場合は記入してください。

保険者番号	被保険者番号	保険者名称
_____	_____	_____

事業主証明欄

死亡した方の氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
_____	被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者 <input type="radio"/>	令和 年 月 日 死亡
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
事業所所在地	事業所名称	担当者氏名 ○○
_____	_____	必ず記入
事業主氏名	TEL	()

事業主が記入